


地域福祉サポーター養成講座 申込用紙

ふりがな	
①氏名	
②生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳
③性別	男 ・ 女
④住所	〒 ー
⑤電話	
⑥メールアドレス 右に記入または QR コード から空メールを送信	
⑦受講動機 (地域福祉活動やボランティア活動など活動履歴がある方はご記入ください)	
⑧上記の個人情報について、本会および地域福祉サポーター連絡会において、活動範囲内で適正に使用させていただくことに同意します。 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない </div>	
(備考) 昼食は各自ご持参ください。	

※この応募用紙の個人情報については、本会個人情報保護規定に基づいて管理し、当該事業にのみ用いるものとします。

社会福祉法人所沢市社会福祉協議会

FAX:04-2925-3419